



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS

2018



1. Introduzione

L'anno 2018 ha visto la completa applicazione del **sistema di gestione integrato** che è sempre di più lo strumento per gestire in modo efficace ed efficiente i modelli organizzativi sviluppati per la conformità a:

- Standard Iso 9001
- Standard Ohsas 18001
- L.R. 22/02 Autorizzazione all'esercizio e accreditamento
- Legge sul Trattamento dei dati
- D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti.

L'anno 2018 ha visto anche il proseguimento del processo di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento istituzionale e per l'autorizzazione all'esercizio, processo iniziato nel 2017. I nuovi requisiti sono stati armonizzati al sistema di gestione esistente.

L'introduzione dell'Analisi del rischio, secondo lo standard definito dalla Norma ISO 31000, come metodo unico per tutti i modelli organizzativi di cui sopra ha avuto l'obiettivo di definire le migliori procedure possibili del Sistema di Gestione Integrato.

Il presente riesame vuole portare a conoscenza degli stakeholder di CFKT i risultati riferibili all'anno 2018 prodotti dal sistema di gestione integrato.

2. Politica della qualità

La Direzione Generale ritiene che il successo nel lungo periodo delle attività erogate dai propri Centri dipenda da una parte dal soddisfare le aspettative degli utenti che vi si rivolgono, attraverso una qualità sempre più elevata delle prestazioni erogate, dall'altra attivare modalità di coinvolgimento e valorizzazione delle risorse umane all'interno di un sistema di lavoro ben organizzato e legato ai principi di sicurezza e salubrità del luogo di lavoro.

La politica dell'organizzazione di CFKT è strutturata e sviluppata in coerenza con le disposizioni e leggi che regolamentano il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, e vede nel coinvolgimento attivo dei pazienti un elemento fondamentale per il miglioramento continuo delle proprie attività.

CFKT nell'organizzazione delle proprie procedure interne e relativa implementazione adotta in particolare un sistema di gestione qualità conforme alla norma ISO 9001.

Il sistema seguito è quello del Miglioramento Continuo definito come "**Plan – Do – Check – Act**" che si avvale di input derivanti direttamente dagli stakeholder di riferimento al fine di implementare IDL, Modulistica e Procedure.

CFKT si impegna a garantire il pieno rispetto della normativa e degli standard relativi ai suddetti ambiti attraverso l'applicazione del sistema gestione qualità.

Il Sistema Qualità si basa sull'integrazione di tutte le Funzioni Aziendali in modo da realizzare una stretta collaborazione fra tutte le componenti atte ad ottenere il miglioramento delle prestazioni erogate ed una maggior efficienza interna.

La Direzione è pertanto impegnata in programmi che, attraverso la sinergia delle Funzioni Aziendali, raggiungano la finalità di:

- **eticità**, da intendersi sia come eticità morale, che come correttezza sanitaria dell'operato;
- **know-how**, cioè disponibilità interna documentabile delle conoscenze scientifiche necessarie;
- **capacità**, cioè disponibilità di mezzi e risorse umane per lo svolgimento dell'attività
- **monitoraggio delle performance** aziendali ritenute fondamentali mediante appropriati indici di monitoraggio statistici definiti e controllati.

3. La mission aziendale

Da sempre la **Mission di CFKT** ha un unico grande obiettivo: la centralità del Paziente, della sua salute e dei suoi diritti. Da oltre cinquant'anni infatti, CFKT continua ad offrire i propri servizi con questo spirito, professionalità e attenzione verso i propri Pazienti, avvalendosi dall'anno 2007 di un sistema di gestione della qualità dei servizi certificato ISO 9001. Inoltre da marzo del 2016 la società si è anche dotata di un modello di organizzazione secondo il D.lgs. 231/01 per la minimizzazione dei rischi relativi ai reati presupposto definiti dalla legge stessa.

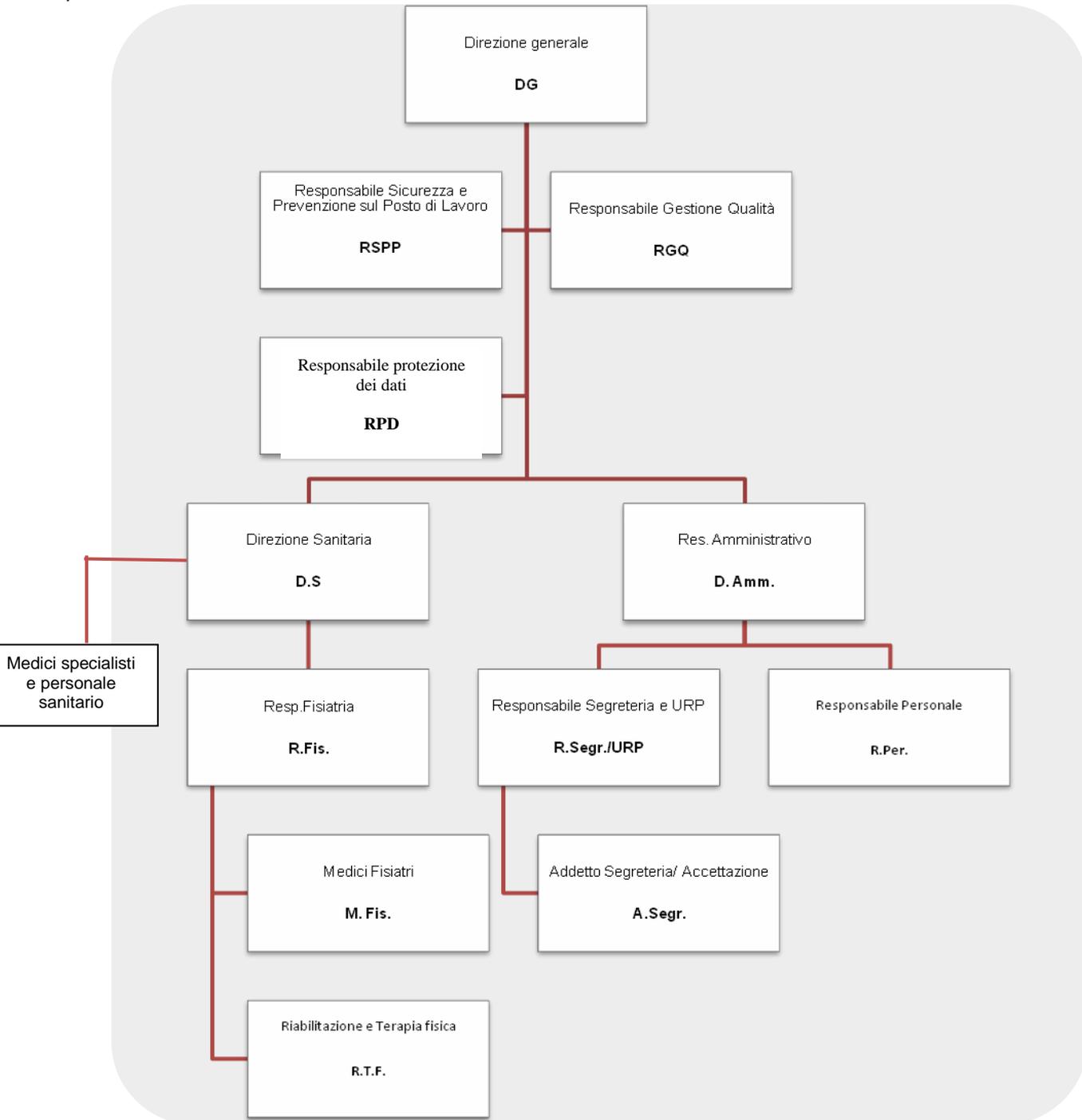
Tutto ciò, unito ad un costante aggiornamento delle competenze di tutti gli operatori e delle tecnologie e strumentazioni mediche utilizzate, ha contribuito a fare di CFKT un punto di riferimento di primaria importanza sia per i Cittadini che per le Aziende Sanitarie Locali del territorio, con cui opera in sinergia partecipando attivamente ai loro Dipartimenti funzionali di Riabilitazione, con l'adozione anche di specifici PDTA Aziendali.



1. ORGANIGRAMMA E DOTAZIONE ORGANICA SEDE DI TREVISO

- a) ORGANIGRAMMA
- b) DOTAZIONE ORGANICA
- c) RISORSE UMANE

a) ORGANIGRAMMA





b) DOTAZIONE ORGANICA SEDE DI TREVISO:

- **Ing. Giorgio Piovesan**
DIREZIONE GENERALE
- **Dott.ssa Alessandra Vian (Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione)**
DIRETTORE SANITARIO e RESPONSABILE BRANCA MED. FISICA E RIABILITAZIONE
- **Ing. Giorgio Piovesan**
ORGANO DI VIGILANZA 231
- **Dott.ssa Daniela Rachello**
RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ
per la gestione operativa del Sistema Qualità aziendale, inclusa l'attività di verifica del rispetto delle Procedure Operative Interne.
Addetto per la gestione degli adempimenti legati al T.U. 81/08
- **MariaRita Ferrabò**
DIREZIONE AMMINISTRATIVA e RESPONSABILE PERSONALE
- **Ing. Armando Pellizzari**
RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)
- **Dott.ssa Alessandra Vian (Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione)**
ADDETTO SICUREZZA LASER
- **Dott.ssa Cristiana Lanzi (Medico del lavoro)**
MEDICO COMPETENTE
- **Dott. Andrea Orsi**
RESPONSABILE PROTEZIONE DEI DATI
- **Dott.ssa Daniela Rachello**
VIGILANZA PRESIDI DI PRIMO SOCCORSO E DEI KIT EMERGENZE

SQUADRA ANTINCENDIO

Silvano Ricci
Marta Monegato

SQUADRA PRIMO SOCCORSO

Francesco Aiello
Sergio Buratto
Mattia Campaner
Giulia Carraro
Alberto Carrer
Patrizia De Amicis Tramontana
Nicoletta De Marchi
Giorgia De'Longhi
Chiara De Stefani
Lucio Feletti
Flavio Giacobbo
Vanessa Lagni
Alessandra Leone
Lucia Marotta
Marta Monegato
Maria Grazia Pergamo
Loredana Perugino
Silvia Prest
Riccardo Quarta
Daniela Rachello
Roberta Sarcinella
Mariagrazia Simonaggio



Sonia Teschioni

c) RISORSE UMANE SEDE DI TREVISO

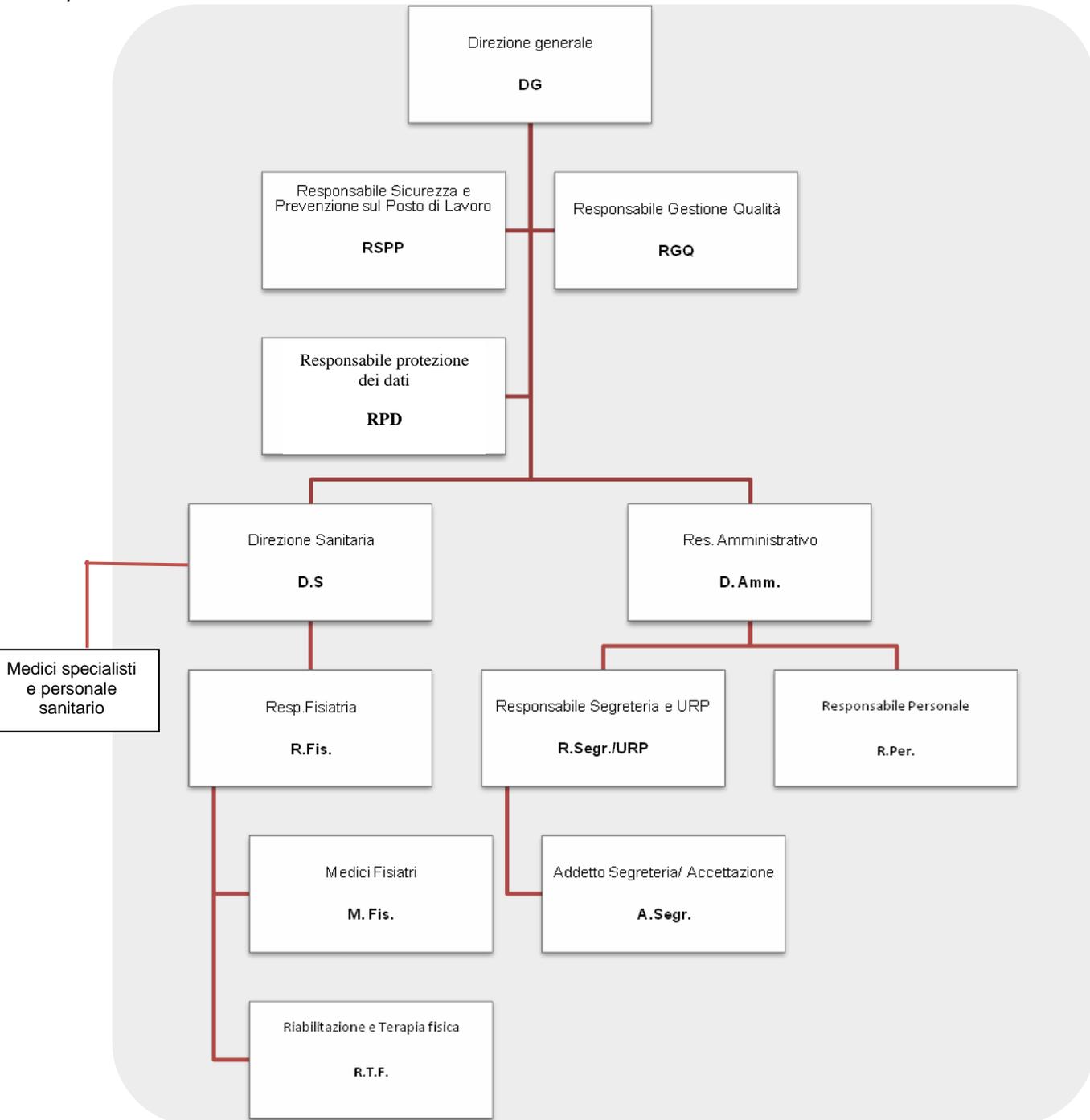
Nome,cognome	Qualifica	Attività nella struttura
Francesco Aiello	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Barbara Bettin	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Sergio Buratto	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Mattia Campaner	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Giulia Carraro	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Alberto Carrer	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Patrizia De Amicis Tramontana	Massofisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Giorgia De'Longhi	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Nicoletta De Marchi	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Devis Doimo	Massofisioterapista	Massoterapia
Lucio Feletti	Terapista della Riabilitazione	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Flavio Luiz Giacobbo	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Alessandra Leone	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Elisa Martignago	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Marta Monegato	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Maria Grazia Pergamo	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Loredana Perugino	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Silvia Prest	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Riccardo Quarta	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Silvano Ricci	Terapista della Riabilitazione	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Roberta Sarcinella	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Sonia Teschioni	Personale ausiliario	Personale ausiliario di reparto
Chiara De Stefani	Personale segreteria	Segreteria, accettazione
Lucia Marotta	Personale segreteria	Segreteria, accettazione
Daniela Rachello	Personale segreteria	Segreteria, accettazione, RGQ
Maria Grazia Simonaggio	Personale segreteria	Segreteria, accettazione
MariaRita Ferrabò	Addetto amministrativo	Amministrazione, ufficio acquisti e personale, URP
Vasile Pruteanu	Operaio	Manutenzione locali
Alessandra Vian	Direttore sanitario, consulente medico	Medico fisiatra
Stefano Armani	Consulente medico	Medico fisiatra
Paolo Bortolotto	Consulente medico	Medico fisiatra
Alessandro De Stefani	Consulente medico	Medico fisiatra
Adriana Gerardi	Consulente medico	Medico fisiatra



2. ORGANIGRAMMA E DOTAZIONE ORGANICA SEDE DI MOGLIANO VENETO

- a) ORGANIGRAMMA
- b) DOTAZIONE ORGANICA
- c) RISORSE UMANE

a) ORGANIGRAMMA





b) DOTAZIONE ORGANICA SEDE DI MOGLIANO VENETO:

- **Ing. Giorgio Piovesan**
DIREZIONE GENERALE

- **Dott.ssa Alessandra Vian (Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione)**
DIRETTORE SANITARIO e RESPONSABILE BRANCA MED. FISICA E RIABILITAZIONE

- **Ing. Giorgio Piovesan**
DIREZIONE GENERALE

- **Ing. Giorgio Piovesan**
ORGANO DI VIGILANZA 231

- **Dott.ssa Daniela Rachello**
RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ
per la gestione operativa del Sistema Qualità aziendale, inclusa l'attività di verifica del rispetto delle Procedure Operative Interne.
Adetto per la gestione degli adempimenti legati al T.U. 81/08

- **MariaRita Ferrabò**
DIREZIONE AMMINISTRATIVA e RESPONSABILE PERSONALE

- **Ing. Armando Pellizzari**
RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)

- **Dott.ssa Alessandra Vian (Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione)**
ADDETTO SICUREZZA LASER

- **Dott.ssa Cristiana Lanzi (Medico del Lavoro)**
MEDICO COMPETENTE

- **Dott. Andrea Orsi**
RESPONSABILE PROTEZIONE DEI DATI

- **VIGILANZA PRESIDI DI PRIMO SOCCORSO E DEI KIT EMERGENZE**
Elisabetta Dorella - Loredana Monte

- **SQUADRA ANTINCENDIO:**
Federico Rossi - Sara Sella

- **SQUADRA PRIMO SOCCORSO:**
Tatiani Lial - Alberto Reina - Federico Rossi - Sara Sella - Nicoletta Trevisan



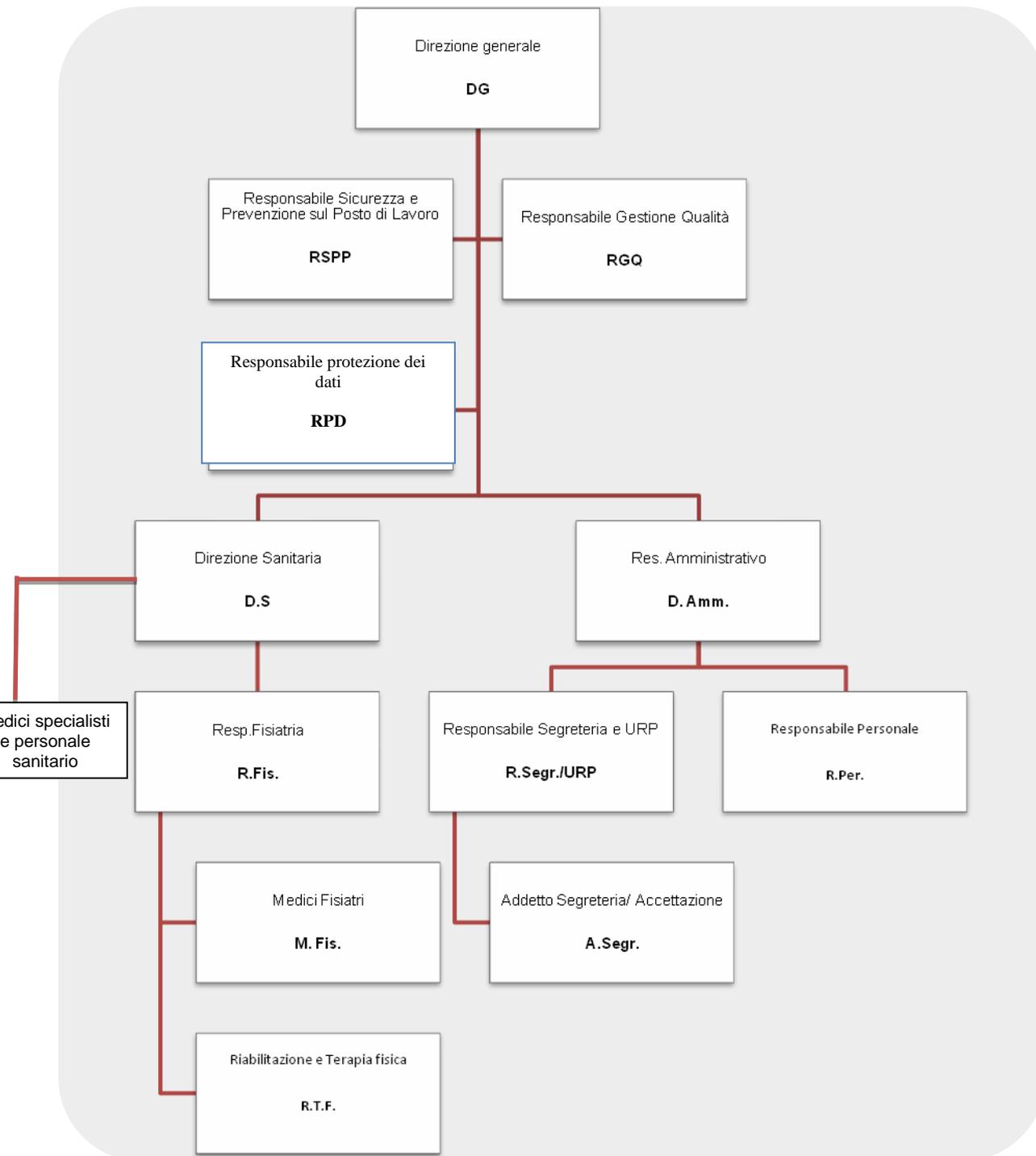
c) RISORSE UMANE SEDE DI MOGLIANO VENETO

Nome e Cognome	Qualifica	Attività nella struttura
Otello Contessotto	Massofisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Tatiani Lial	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Alberto Reina	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Federico Rossi	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Lorenzo Segato	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Sara Sella	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Nicoletta Trevisan	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Elisabetta Dorella	Personale segreteria, URP	Segreteria, accettazione
Loredana Monte	Personale segreteria	Segreteria, accettazione
MariaRita Ferrabò	Addetto amministrativo	Amministrazione, ufficio acquisti e personale da sede TV
Alessandra Vian	Direttore Sanitario, Consulente medico	Medico fisiatra
Monica Trevisan	Consulente medico	Medico fisiatra
Alessandro Mario Munari	Consulente medico	Medico fisiatra
Giovanni Cescon	Consulente medico	Medico otorinolaringoiatra
Attilio Nando Corsi	Consulente medico	Medico cardiologo – Medico dello Sport
Giuseppe Favretto	Consulente medico	Medico cardiologo
Carlo Palù	Infermiere	Infermiere
Sara Pattaro	Psicologa	Psicologa
Margherita Richieri	Consulente medico	Medico cardiologo
Marta Romanelli	Biologa - Nutrizionista	Biologa - Nutrizionista
Serena Antonio	Consulente medico	Medico dermatologo
Gianfranco Zanocco	Consulente medico	Medico urologo

3. ORGANIGRAMMA E DOTAZIONE ORGANICA

- d) ORGANIGRAMMA
- e) DOTAZIONE ORGANICA
- f) RISORSE UMANE

a) Organigramma:





Dotazione organica:

- Ing. Giorgio Piovesan
DIREZIONE GENERALE
- Dott. Paolo Bortolotto (Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione)
DIRETTORE SANITARIO e RESPONSABILE BRANCA MED. FISICA E RIABILITAZIONE
- Ing. Giorgio Piovesan
ORGANO DI VIGILANZA 231
- Dott.ssa Daniela Rachello
RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ
per la gestione operativa del Sistema Qualità aziendale, inclusa l'attività di verifica del rispetto delle Procedure Operative Interne.
Addetto per la gestione degli adempimenti legati al T.U. 81/08
- Maria Pacchin
DIREZIONE AMMINISTRATIVA e RESPONSABILE PERSONALE
- Ing. Armando Pellizzari
RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)
- Dott. Paolo Bortolotto (Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione)
ADDETTO SICUREZZA LASER
- Dott.ssa Cristiana Lanzi (Medico del lavoro)
MEDICO COMPETENTE
- Dott. Andrea Orsi
RESPONSABILE PROTEZIONE DEI DATI
- Maria Pacchin e Susanna Lazzarini
VIGILANZA PRESIDI DI PRIMO SOCCORSO E DEI KIT EMERGENZE

SQUADRA ANTINCENDIO

Federico Padovani
Raquel Marin Vidal

SQUADRA PRIMO SOCCORSO

Mariacristina Fent
Federico Padovani
Manuela Gallinaro
Camilla Riccardi
Caterina Turchetto
Veronica Basso



e) Risorse umane:

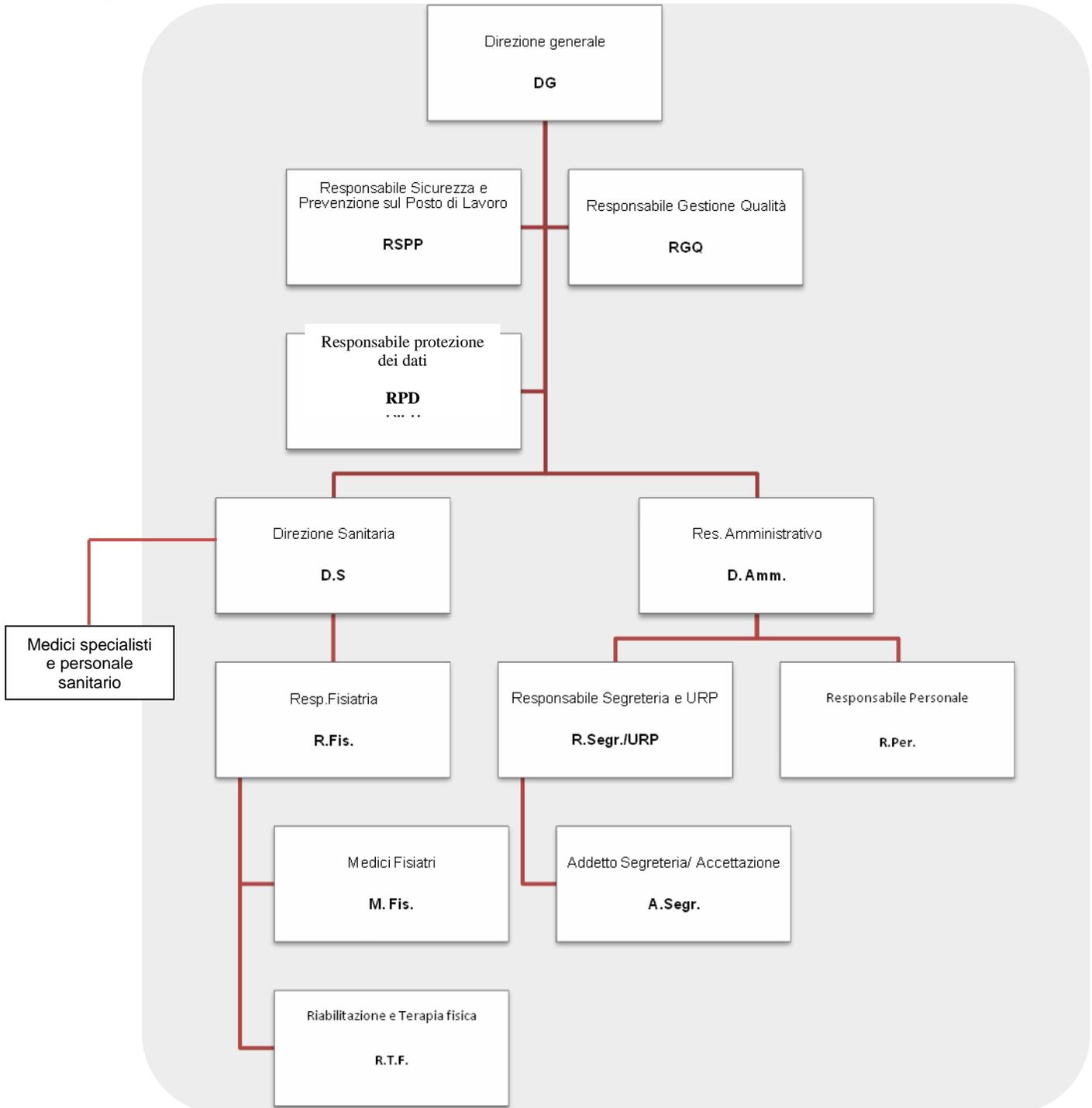
Nome,cognome	Qualifica	Attività nella struttura
Caterina Turchetto	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Alvise Fort	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Angela Senigaglia	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Mariacristina Fent	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Laila Font Baques	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Raquel Marin Vidal	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Federico Padovani	Massofisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Camilla Riccardi	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Manuela Gallinaro	Massofisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Gabriella Trevisan	Addetto pulizie	Attività di pulizia e sanificazione ambienti
Maria Rita Ferrabò	Resp. Amministrativo	Amministrazione, ufficio acquisti e personale (da sede TV)
Maria Pacchin	Personale segreteria, URP	Segreteria, accettazione, amministrazione
Susanna Lazzarini	Personale segreteria	Segreteria, accettazione
Paolo Bortolotto	Consulente medico	Medico fisiatra
Adriana Gerardi	Consulente medico	Medico fisiatra
Stefano Armani	Consulente medico	Medico fisiatra



4.1 ORGANIGRAMMA E DOTAZIONE ORGANICA SEDE DI PORTOGRUARO (VE)

- a) ORGANIGRAMMA
- b) DOTAZIONE ORGANICA
- c) RISORSE UMANE

a) Organigramma:



**b) Dotazione organica:**

- Dott. Stefano Armani (Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione)

DIRETTORE SANITARIO e RESPONSABILE BRANCA MED. FISICA E RIABILITAZIONE

- Ing. Giorgio Piovesan

DIREZIONE GENERALE

- Ing. Giorgio Piovesan

ORGANO DI VIGILANZA 231

- Dott.ssa Daniela Rachello

RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ

per la gestione operativa del Sistema Qualità aziendale, inclusa l'attività di verifica del rispetto delle Procedure Operative Interne.

Addetto per la gestione degli adempimenti legati al T.U. 81/08

- MariaRita Ferrabò

DIREZIONE AMMINISTRATIVA e RESPONSABILE PERSONALE

- Ing. Armando Pellizzari

Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione

- Federico Padovani

Addetto Sicurezza Laser

- Dott.ssa Cristiana Lanzi (Medico del lavoro)

MEDICO COMPETENTE

- Dott. Andrea Orsi

Responsabile Protezione dei Dati**VIGILANZA PRESIDIO DI PRIMO SOCCORSO E DEI KIT EMERGENZE:**

- SQUADRA ANTINCENDIO

Federico Padovani

Raquel Marin Vidal

- SQUADRA PRIMO SOCCORSO

c) Risorse umane:

Nome,cognome	Qualifica	Attività nella struttura
Raquel Marin Vidal	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Veronica Basso	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Agnese Lucchetta	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Federico Padovani	Fisioterapista	Riabilitaz. Terapia fisica, massoterapia
Maria Rita Ferrabò	Resp. Amministrativo	Amministrazione, ufficio acquisti e personale (da sede TV)
Vanessa Lagni	Personale segreteria, URP	Segreteria, accettazione, amministrazione
Daniela Rachello	Personale segreteria, URP, RGQ	Segreteria, accettazione, amministrazione, Resp. Qualità
Stefano Armani	Medico fisiatra	Consulente medico, Direttore Sanitario
Paolo Bortolotto	Medico fisiatra	Consulente medico
Adriana Gerardi	Medico fisiatra	Consulente medico



5. Modalità di gestione del rischio e incident report

5.1 La nostra metodologia nella valutazione del rischio

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **"macro"obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della direzione vengono pertanto segmentati in **obiettivi secondari** che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il **focus** degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello standard fornita dalla **UNI ISO 31000** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale.

Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

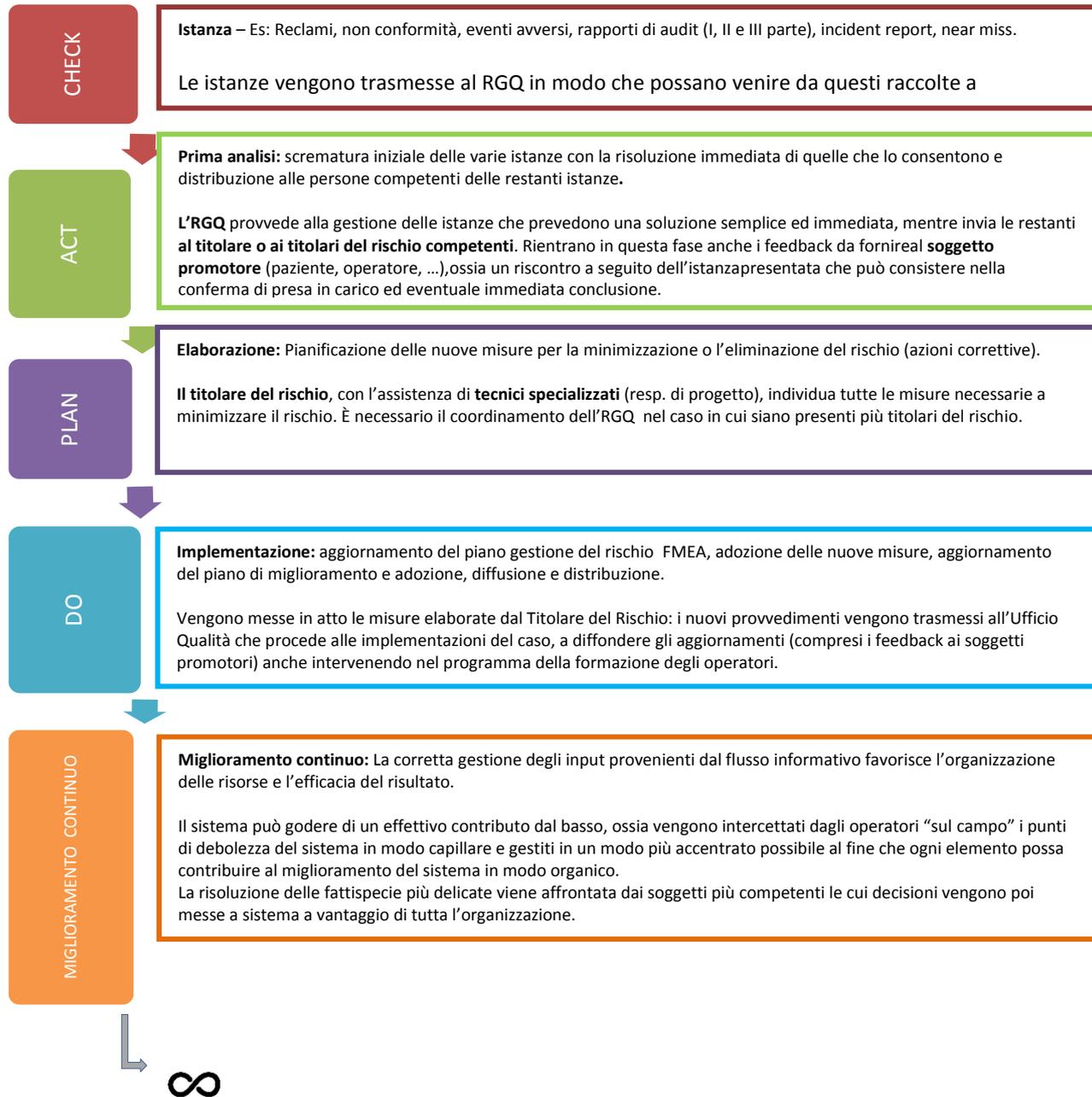
Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

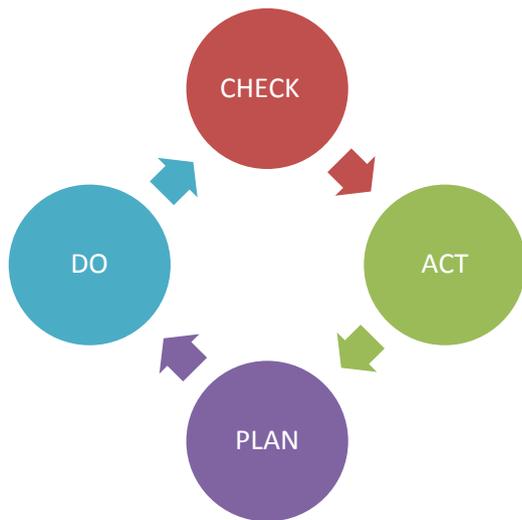
5.2 Gestione degli incident report

Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.



Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento



**Leggenda:**

T.R.: titolare del rischio

U.Q.: ufficio qualità

RGQ: responsabile qualità

P.G.R.: piano di gestione del rischio

A.C.: azione correttiva

A.P.: azione preventiva

4. Gestione incident report anno 2018

Il numero di incident report registrati nel 2018 è di 5

I casi hanno riguardato:

NC	Data di apertura	Apertura AC/AP N° Tipo	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos. Neg	Note
Incident report	16/02/2018	AC 1/2018	19/02/2018	POS	Mancato accesso quadro di manovra ascensore da parte del tecnico manutentore
Incident report	18/05/2018	AC /2018	Agosto 2018	POS	Accesso ai reparti di familiari/accompagnatori
Incident report	28/05/2018	AC/2018	aperta	-	Segnalazione termine terapia fisica
Incident report	30/05/2018	AC/2018	30/05/2018	POS	Disservizio CUP TV
Incident report	01/06/2018	AC	01/06/2018	POS	Temperatura farmaci non conforme (Mogliano)



5. Modalità di gestione del reclamo – URP

La gestione del reclamo è affidata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Il reclamo è considerato un elemento che contribuisce al processo di continuo miglioramento pertanto la sua presa in carico agisce su due fronti principalmente:

1. Verso il paziente, a cui viene prestato l'ascolto del caso in modo tale da recepire al meglio le precise necessità. Si è rilevato, nel tempo, che una parte dei pazienti non ritiene, per propria scelta, di compilare l'apposito modulo di reclamo (disponibile presso le accettazioni di tutte le strutture) e comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il personale presente e adeguatamente formato, in spazi che possano garantire la riservatezza (ufficio URP) registrano il reclamo per il paziente. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora il problema non si possa risolvere immediatamente, si chiede al paziente di indicare i propri dati di contatto in modo da poter comunicare allo stesso paziente le modalità di risoluzione che l'organizzazione ha conseguentemente all'istanza, intrapreso.
2. Verso l'organizzazione interna, infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale dell'URP (tale personale è rappresentato da operatori della segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al responsabile per la gestione della qualità il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al responsabile dell'ambito di riferimento (direttore sanitario, direttore generale o responsabile di processo a seconda della gravità). In tal modo, insieme a figure tecniche e figure responsabili del processo coinvolto, viene definita la soluzione migliore sia in risposta al paziente che al miglioramento del sistema organizzativo al fine di minimizzare la possibilità che il problema si ripresenti.

La metodologia, al fine di assicurare un trattamento sistematico e ben definito del reclamo, oltre ad una consapevolezza e conoscenza della procedura da parte del personale, è quella seguita anche per il trattamento dell'incident report (si veda il punto 4).

6. Gestione reclami anno 2018

Nell'anno 2018 si sono registrati **n. 4** reclami da parte degli utenti. Gli ambiti di reclamo sono inerenti a:

Reclamo	Sede	Ambito	stato
1/2018	TV	Struttura reparto	Chiuso positivamente
2/2018	TV	Comportamento fisioterapista	Chiuso positivamente
3/2018	TV	Mancanza distributore bevande per l'utenza	Aperto
4/2018	TV	Guasto ascensore	Chiuso positivamente



7. Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2018

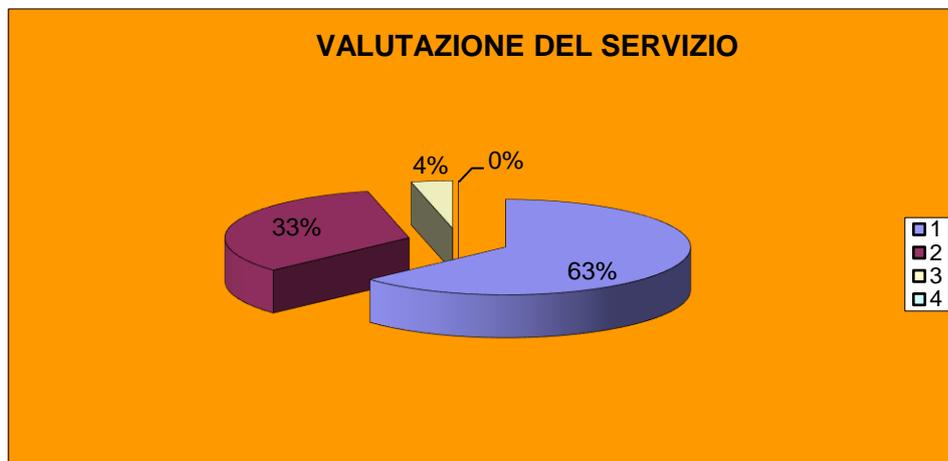
MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA (Anno 2018)

Risultati:

- **Treviso:**
Nel 2018 (72 questionari, circa il 35% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Si rileva una valutazione con esiti non decisamente positivi in merito all'ambito delle prestazioni trattamenti manu medica e relativamente alla struttura. Nei questionari del secondo semestre sembra rimanere la medesima tendenza, anche se si registra un miglioramento delle valutazioni relative alla struttura a seguito della ristrutturazione del reparto al piano terra. Fortemente richiesta l'installazione di un distributore di bevande calde e fredde nelle sale d'attesa. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.
- **Jesolo**
Nel 2018 (74 questionari, circa il 35% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Le segnalazioni riguardano la struttura, da ristrutturare secondo alcuni utenti I risultati sono in linea con lo storico. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.
- **Mogliano**
Nel 2018 (62 questionari, circa il 30% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Si rileva una valutazione con esiti non decisamente positivi nell'ambito dell'ordine dei locali. Sul merito sarà posto uno zelo particolare in fase di verifica nell'anno 2019. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.

RISULTANZE: da quanto emerso sono state prese le seguenti contromisure:

- Introduzione distributore bevande calde nella sede di Treviso
- Ristrutturazione piano terra reparti di fisioterapia
- Ristrutturazione piano terra sede di Jesolo
- Implementazioni attrezzature fisioterapia nella sede di Mogliano



1 molto – 2 abbastanza – 3 poco – 4 per niente



8. Audit interni e di terza parte

Nel 2018 sono stati effettuati n. 14 audit interni, nella tabella seguente sono riepilogati i risultati:

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Data	Esito
Processo 1 POI 1.1 Direzione TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231	Dicembre 2018	Positivo
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 Direzione sanitaria TREVISIO, MOGLIANO	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231_Audit clinico	Giugno 2018, Dicembre 2018	Positivo
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 - Direzione sanitaria JESOLO	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231_ Audit clinico	Giugno 2018, Dicembre 2018	Positivo
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori TREVISIO	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231	Settembre 2018	Positivo
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori MOGLIANO	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231	Settembre 2018	Positivo
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori JESOLO	Valutazione conformità ISO 9001_ L. 231	Settembre 2018	Positivo
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale TREVISIO	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale MOGLIANO	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale JESOLO	Valutazione conformità ISO 9001	Giugno 2018	Positivo
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione TREVISIO	Valutazione conformità ISO 9001	31 Agosto 2018	Positivo
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione MOGLIANO, JESOLO	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrice e Fisioterapia (terapie e visita) TREVISIO	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrice e Fisioterapia (terapie e visita) MOGLIANO, JESOLO	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo
Processi 4 e 6 – TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità ISO 9001	Settembre 2018	Positivo

¹ Devono essere ispezionati tutti i processi in modo da coprire i punti della norma UNI EN ISO 9001 applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali



Nel 2017-2018 sono stati effettuati n. 2 audit di terza parte, nella tabella seguente sono riepilogati i risultati:

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) ²	Obiettivo dell'audit	Data	Note e commenti
<p>Sede di Treviso: Direzione Generale Gestione Sistema Qualità Segreteria e Accettazione Fisioterapia e Riabilitazione Fornitori e Formazione Gestione elettromedicali</p> <p>Sede di Mogliano: Direzione Sanitaria Segreteria e Accettazione Fisioterapia e Riabilitazione</p>	Valutazione conformità ISO 9001:2015 (Verifica di sorveglianza)	01/02/2018	Gli obiettivi dell'audit sono stati raggiunti
<p>Sede di Treviso: Direzione Generale Gestione Sistema Qualità Segreteria e Accettazione Fisioterapia e Riabilitazione Fornitori e Formazione Gestione elettromedicali</p> <p>Sede di Jesolo: Direzione Sanitaria Segreteria e Accettazione Fisioterapia e Riabilitazione</p>	Valutazione conformità ISO 9001:2015 (Verifica di sorveglianza)	12/12/2018	Gli obiettivi dell'audit sono stati raggiunti

9. Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2018

N°	Descrizione obiettivo	Metodologia di raggiungimento	Risorse investite
1	Definizione della procedura sulla comunicazione interna ed esterna	Sviluppo procedura, condivisione, applicazione e controllo	Interne ed esterne (consulenti)
2	Definizione dei PDTA e Approccio al paziente differente: terapie personalizzate per gruppi omogenei e fidelizzazione del paziente	Sviluppo dei piani specifici di trattamento di determinate patologia	Interne (DS e resp. processo di reparto ed esterne – consulenti)
4	Conformità' al nuovo regolamento europeo privacy	GAP analysis ed integrazioni	Esterne (consulente)
5	Conformità' ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Analisi dei nuovi requisiti e applicazione	Int. Ed esterne
6	Consolidamento dell'analisi del rischio e utilizzo dell'incident report	Formazione, analisi e sensibilizzazione	Int. Ed esterne
7	Delocalizzazione dell'attività: apertura nuova sede Portogruaro	Analisi del contesto del territorio dell'Ulss di riferimento	Int. Ed esterne

² Devono essere ispezionati tutti i processi in modo da coprire i punti della norma UNI EN ISO 9001:2015 applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali



10. Piano di miglioramento anno 2019 ed obiettivi strategici

<i>N°</i>	<i>Descrizione obiettivo</i>	<i>Metodologia di raggiungimento</i>	<i>Risorse investite</i>
1	Definizione dei PDTA	Chiudere AP	RGQ, DS, Consulente esterno, fornitore S.I.
2	Consolidamento del sistema di gestione delle informazioni (compreso incident report)	Sensibilizzare il personale in merito	RGQ
3	Conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Adeguamento del SG Integrato	RGQ, Consulente esterno
4	Implementazione del software Medicare	Pianificazione delle attività	RGQ, fornitore S.I.